



UNIVERSIDAD NACIONAL
“PEDRO RUIZ GALLO”
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO
SEGUNDA ESPECIALIDAD



**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL ENFERMERO
SOBRE LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE CON
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA, HOSPITAL GENERAL JAÉN – 2015”**

TESIS

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN:
CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTO**

AUTORAS

Lic. Enf. AVELLANEDA GUERRERO ESLI EDITH

Lic. Enf. CURILLO CCANTO CARMEN

Lic. Enf. SÁNCHEZ QUINTOS LUCIA

ASESORA

Dra. TEOFILA ESPERANZA RUIZ OLIVA

LAMBAYEQUE – PERÚ

2017

**“CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL ENFERMERO
SOBRE LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE CON
ÚLCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE
EMERGENCIA, HOSPITAL GENERAL JAÉN – 2015”**

PRESENTADA POR:

Lic. Enf. Avellaneda Guerrero Esli Edith
Autora

Lic. Enf. Curillo Ccanto Carmen
Autora

Lic. Enf. Sánchez Quintos Lucia
Autora

Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva
Asesora

APROBADA POR:

Dra. Olvido Idalia Barrueto Mires
Presidenta

Mg. María Isabel Romero Sipión
Secretaria

Mg. Ana Medalit Deza Navarrete
Vocal

DEDICATORIA

*A Dios todopoderoso por haberme dado
la vida, salud y permitir reforzar mi fe y
constancia para lograr las metas
trazadas.*

*A mi esposo, quien en todo momento me
brindó su apoyo, cariño y comprensión.*

*A mi hija, la prenda más valiosa de mi
vida.*

Lucia

DEDICATORIA

*Con mucho amor e infinita gratitud dedico
el presente trabajo de investigación
primeramente a Dios por bendecirme, por
darme la vida y la oportunidad de cumplir
este sueño tan anhelado, que sin su ayuda
nada sería posible.*

*A mi querida hija Liz Aymé por su cariño,
amor y comprensión, por darme fuerzas
para seguir luchando en los momentos más
difíciles.*

*A todas aquellas personas que de alguna
manera contribuyeron y fortalecieron mi
deseo de triunfo, dándome siempre su
apoyo.*

Esli

DEDICATORIA

*Con profundo agradecimiento a Dios por
bendecirme, cada momento de mi vida.*

*A mí querida madre Ysabel por su apoyo
constante.*

*A mí preciada familia Gerzon y Eduardo
por su amor y comprensión.*

Carmen

AGRADECIMIENTO

*Dios, tu amor y tu bondad no tienen fin,
nos permites sonreír ante todos los logros
que son resultado de tu ayuda, cuando
caemos y nos pones a prueba,
aprendemos de nuestros errores
permitiéndonos mejorar como seres
humanos y crecer de diversas maneras.*

*Este trabajo de tesis es una gran
bendición, te agradecemos padre,
gracias a ti la meta está cumplida.*

*A la Dra. Teófila Esperanza Ruiz Oliva
por su orientación profesional y
exigencia para culminar la presente tesis.*

Las Autoras

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	vi
ÍNDICE	vii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.....	21
2.2. Base Teórica Conceptual.....	26
2.2.1. Conocimiento:	26
2.2.2. El conocimiento en enfermería:	27
2.2.3. Práctica:.....	29
2.2.4. Teoría del autocuidado según Dorothea Orem.....	29
2.2.5. Úlceras por Presión.....	33
2.2.5.1. Mecanismos:	34
2.2.5.2. Etiopatogenia	35
2.2.5.3. Recuerdo anatómico-fisiológico y etiopatogenia	36
2.2.5.4. Clasificación	38
2.2.5.5. Factores de riesgo que favorecen la aparición de úlceras	39
2.2.6. Prevención de las úlceras por presión.....	40
2.2.6.1. Valoración del riesgo	41

2.2.6.2. Valoración del estado de la piel.....	42
2.2.6.3. Limpieza y cuidados locales de la piel.....	43
2.2.6.4. Manejo del exceso de humedad (incontinencia, transpiración, drenajes)	44
2.2.6.5. Manejo de la presión	44
2.2.6.6. Intervenciones Iatrogénicas	49
2.2.6.7. Situaciones especiales	50
2.2.7. Procedimientos de Enfermería	51
2.2.8. Valoración de la lesión.....	60
2.2.9. Tratamiento de las úlceras por presión	61

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación	68
3.1.1. Tipo de investigación.....	68
3.1.2. Diseño de la investigación	69
3.2. Universo y muestra	69
3.2.1. Población muestral	69
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	70
3.4. Procedimientos	72
3.4.1. Método de la investigación científica	72
3.4.2. Rigor Científico	73
3.4.3. Principios Éticos	73
3.5. Plan para el procesamiento de datos	74
3.5.1. Exploración	74

3.5.2. Interacción.....	75
3.6. Método de análisis de datos.....	75
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
CONCLUSIONES	90
RECOMENDACIONES.....	91
BIBLIOGRAFIA	92
ANEXOS	97

RESUMEN

Las úlceras por presión (UPP) representan una importante problemática de salud a nivel mundial, que afecta a toda la población postrada en cama que no recibe los cuidados necesarios. La presencia de las UPP tiene importantes repercusiones tanto personales como socioeconómicas considerándose como un problema de Salud Pública.¹ La prevención de las úlceras por presión, se considera un indicador de calidad, en las Instituciones de salud, y traduce, el uso adecuado y eficiente de los recursos económicos y asistenciales de las mismas. Lo contrario, es un indicativo absoluto, de fracaso en la calidad asistencial y de falta de sensibilidad ante un verdadero problema por lo que surge la interrogante ¿Qué relación existe entre el conocimiento y práctica del enfermero sobre la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión en el servicio de emergencia del Hospital General de Jaén – 2015? Planteándose el objetivo de determinar la relación que existe entre ambas variables. La investigación es cuantitativa, con un diseño descriptivo correlacional. Se aplicó un cuestionario para determinar los conocimientos y una guía de observación para la práctica, a 15 enfermeras Concluyendo que existe relación entre las variables en estudio, siendo un 40% de los enfermeros encuestados, quienes presentaron un nivel de conocimientos regular Así como en la práctica se evidenció, que el 40% de los enfermeros su práctica es buena a, así como con igual porcentaje se evidencia una práctica regular, mientras que solo un 20% la práctica es deficiente. Resultados que nos permitieron afirmar que si existe relación entre los conocimientos y la práctica dado que falta reforzar el conocimiento sobre la valoración del estadiaje de las UPP lo que a su vez repercute en la práctica que realiza el enfermero sobre la prevención y el cuidado del paciente con UPP y afectan directamente el proceso salud enfermedad del paciente con UPP.

Palabras claves: Prevención y cuidado de la úlcera por presión, conocimientos y prácticas del enfermero.

ABSTRACT

Pressure ulcers (UPP) represent an important health problem worldwide, affecting the entire bedridden population that does not receive the necessary care. The presence of UPPs has important repercussions both personal and socioeconomic, considering it as a public health problem.¹ The prevention of pressure ulcers is considered an indicator of quality in health institutions, and translates into the adequate and efficient use of the economic and assistance resources of the same. The opposite is an absolute indicative of failure in the quality of care and lack of sensitivity to a real problem so the question arises What is the relationship between knowledge and practice of nurses about the prevention and care of patients with ulcers pressure in the emergency service of the Hospital General de Jaén - 2015? Raising the objective of determining the relationship that exists between both variables. The research is quantitative, with a descriptive correlational design. A questionnaire was applied to determine the knowledge and an observation guide for the practice, to 15 nurses concluding that there is a relationship between the variables under study, being 40% of the nurses surveyed, who presented a regular level of knowledge. practice was evident, that 40% of nurses practice is good to, as with the same percentage, a regular practice is evidenced, while only 20% practice is deficient. Results that allowed us to affirm that there is a relationship between knowledge and practice given that there is a need to reinforce the knowledge about the assessment of the staging of the UPP, which in turn has an impact on the nurse's practice of prevention and patient care. with UPP and directly affect the patient's health disease process with UPP.

Keywords: Pressure ulcer, prevention, nursing care, nursing knowledge and practices.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de investigación “Conocimientos y Prácticas del Enfermero sobre la Prevención y cuidado del paciente con Úlceras por Presión (UPP) en el servicio de Emergencia, Hospital General Jaén – 2015”, está enmarcado dentro de una realidad que se viene vivenciando a nivel mundial, puesto que en los últimos años, las UPP se han convertido en un problema de salud pública, debido a que provocan, severas repercusiones físicas, psicológicas, económicas y sociales, al paciente, a su familia y a las instituciones de salud.¹

El impacto físico, psicológico, económico y social que generan las úlceras por presión, obliga, en la actualidad, al personal de enfermería, a tener una dimensión real del problema, que le permita proporcionar al paciente la atención adecuada. Se debe tener siempre presente, que el 95% de los casos, son prevenibles, y que el punto clave del tratamiento asistencial de las mismas, es precisamente la prevención, evitar su desarrollo, mediante la valoración periódica de los pacientes, y el cuidado oportuno y sistemático de la integridad cutánea, de toda su superficie corporal.²

Diversos estudios muestran una prevalencia de UPP en pacientes hospitalizados entre un 8 y 28%. El impacto de las úlceras por presión es significativo en los hospicios y residencias geriátricas, existiendo una prevalencia de 2 a 25%, aumentando a 12% en las unidades de rehabilitación, (Gallo y Pachas, 2008). Por ello existe la motivación por mejorar las atenciones, ya que la mayoría de las enfermedades que aquejan a esta población son postrantes, de mediano y

largo tiempo de asistencia médica y hacia ello se enfoca la presente investigación, dado que en el referido nosocomio, no se ha realizado ninguna investigación sobre dicho tema, siendo esto un estímulo por comenzar la presente investigación para poder determinar los conocimientos y las prácticas adecuadas para la atención de pacientes con UPP.³

Lo anterior motiva al personal de salud a desarrollar el conocimiento evidenciándose en la práctica adecuada, ya que en su mayoría las enfermedades que aquejan a esta población son postrantes, tanto así que, en el sector público, como en el privado, existe preocupación para fortalecer los programas dedicados exclusivamente al manejo y cuidado del anciano, principalmente promoviendo el cuidado domiciliario, para mejorar su calidad de vida.

La prevención de las úlceras por presión, es un reto en el cuidado del enfermero. En consecuencia, la evaluación del riesgo a presentar úlceras por presión juega un papel importante en su prevención. Reconociendo que el 95% de las úlceras por presión son prevenibles, es necesario que tanto el personal de salud, como los familiares conozcan las medidas preventivas para aplicarlas en el cuidado de los ancianos, considerando su estado de salud y su condición física, (Gallo y Pachas, 2008).³

Todo este proceso patológico por el que atraviesa el paciente conlleva a una mayor estancia hospitalaria que trae consigo complicaciones adicionales como: Dolor, sufrimiento, costos directos para la familia y la institución, generando

adicionalmente a esto, un aumento en las cargas de trabajo para los profesionales de enfermería.

Para Gallo y Pachas (2008), las úlceras por presión precisan la existencia de trastornos de la microcirculación en zonas de apoyo situadas sobre una superficie dura. La presión hidrostática de los capilares cutáneos oscila entre 16 y 32 mm/hg. Toda la presión que supere estas cifras disminuye el flujo sanguíneo y puede producir daños isquémicos en menos de 2 horas.

Según La revisión de estudios demuestra que, a pesar del avance técnico-científico en el área de la salud y de la existencia de directrices que hacen recomendaciones para la prevención de la UPP, el problema es persistente y mundial, y el conocimiento de los profesionales de enfermería se mantiene deficiente. En el levantamiento bibliográfico realizado en la Literatura Latino-Americana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), se identificó que en Brasil no existe un estudio publicado que hubiese investigado la cuestión del conocimiento para prevención de la UPP de forma más amplia con inclusión de profesionales de diferentes categorías del equipo de enfermería y de diversas unidades de internación hospitalaria.⁴

El Hospital General de Jaén es la única institución de salud del estado con la que cuenta la provincia de Jaén. Este nosocomio cuenta con camas apropiadas y atiende a pacientes de otras provincias, es por eso que la demanda de usuarios es grande y el personal con el que se cuenta no abastece para atender las necesidades que estos requieren, además otro factor que no favorece para que los enfermeros

realicen las actividades de la prevención y cuidado de las úlceras por presión es el bajo recurso económico de los pacientes, mayormente son pacientes de bajo nivel educativo, de zonas rurales, el Hospital General de Jaén no brinda los insumos para la prevención y cuidado de las úlceras por presión. el servicio de emergencia, se encuentra en el primer piso (módulo independiente). Atiende a pacientes críticos como: poli traumatizados, heridas por arma blanca, apendicitis, enfermedad cerebro vascular, crisis hipertensivas, insuficiencias cardíacas descompensadas, etc., de todas estas patologías mencionadas, recae en pacientes adultos mayores, siendo un porcentaje que no se ha cuantificado a la fecha los presentan UPP, a los cuales solo se les brinda la atención por la patología que presenta en el momento dejando de lado las UPP, muchos de los cuales permanecen por más de 24 horas en el servicio de emergencia en espera de una cama en los servicios de hospitalización, este servicio solo cuenta con 15 enfermeros distribuidos en turno de mañana, tarde y noche, siendo insuficiente la cantidad dedicándose a brindar la atención en el momento de la emergencia, a la administración de medicamentos y al registro de las anotaciones de enfermería.

En este sentido los pacientes que ingresan al servicio de emergencia y durante el tiempo que permanecen internados no reciben los cuidados necesarios por parte de los enfermeros, razón por la cual los pacientes postrados están expuestos a padecer las úlceras por presión.

En este sentido se plantea la interrogante a investigar ¿Qué relación existe entre el conocimiento y la práctica del enfermero sobre la prevención y cuidado del

paciente con úlceras por presión en el servicio de emergencia del Hospital General de Jaén – 2015?

Para la realización del presente trabajo de investigación se planteó los objetivos que direccionan la búsqueda, recojo y procesamiento de la información, en tal sentido se ha propuesto como objetivo “Determinar la relación entre los conocimientos y la práctica que tiene el enfermero sobre la prevención y el cuidado del paciente con úlceras por presión en el servicio de emergencia del Hospital General de Jaén” y los objetivos específicos proponen identificar los conocimientos que tiene el enfermero sobre la prevención y el cuidado del paciente con úlceras por presión así como determinar la práctica del enfermero en la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión en el servicio de emergencia del Hospital General de Jaén, respondiendo a la hipótesis de que “los conocimientos y prácticas que tiene el enfermero frente a la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión son regulares”.

Este trabajo de investigación determinó los conocimientos que tiene los enfermeros y la intervención tanto preventiva como asistencial que brinda el personal de enfermería en los pacientes con úlceras por presión, aportando de esta manera elementos fundamentales para el quehacer diario del profesional de enfermería, y permitir enriquecer los conocimientos relacionados con los cuidados de las úlceras por presión. Adicionalmente, proporciona beneficios para los pacientes y familiares.

Así mismo brinda información al personal de enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital General de Jaén, para promover la formación de estrategias con un enfoque preventivo promocional que disminuirá el riesgo a presentar las UPP en los pacientes, resaltando la importancia del cuidado de la piel lográndose una atención integral y de calidad, ya que resalta el rol asistencial del enfermero. Brindar atención de enfermería es un imperativo ético de la vida, el reto de todo profesional de la salud, especialmente para quienes hacen enfermería es mantener una alta calidad en su desempeño.

Consta de cuatro (4) capítulos que determinan el proceso de la investigación, desde el planteamiento de la investigación hasta la obtención de los resultados:

En el Capítulo I se presenta la Introducción, donde se determina un consolidado de la situación problema, los objetivos, la hipótesis de la investigación, la justificación e importancia, y el resumen de capítulos en los que está estructurado el trabajo de investigación.

En el Capítulo II se describe el Marco teórico, que respalda la investigación.

En el Capítulo III se describe Metodología, en este apartado se consigna el tipo, diseño de la investigación, la población (universo) y muestra de estudio, así mismo los instrumentos y técnicas de recolección de datos, los procedimientos que se han seguido para la investigación, el plan para el procesamiento de los datos obtenidos y el análisis de los resultados obtenidos del procesamiento de la información.

En el Capítulo IV se detalla los Resultados y discusión, obtenidos de la aplicación de los instrumentos y del análisis realizado en función de los conocimientos y prácticas del enfermero sobre la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión en el servicio de Emergencia del Hospital General de Jaén y la relación que éstos tienen fundamentando con la teoría para el tema desarrollado en la investigación.

Finalmente se plantean las conclusiones a las que se han arribado después del desarrollo del trabajo de investigación que determinan la validez de la investigación y de los datos obtenidos en contrastación con la realidad, y luego se proponen las recomendaciones que están dirigidas a mejorar los aspectos del problema involucrados en el desarrollo de este estudio.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

Gómez, M. (Chía – Cundinamarca - 2014) realizó el trabajo de investigación “Guía de manejo dirigida al personal de Enfermería para el cuidado, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión de los pacientes hospitalizados en su domicilio a cargo del personal de la empresa soluciones en Enfermería Clínica Soleec SAS”⁵, con el objetivo de elaborar una guía de manejo dirigida al personal de enfermería para el cuidado, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión de los pacientes hospitalizados en su domicilio a cargo del personal de enfermería de la empresa.

Soluciones en Enfermería Clínica Soleec SAS, arribando a la conclusión de que las úlceras por presión deben ser tratadas de manera oportuna y eficaz con excelentes cuidados de enfermería que incluyen a la familia y el entorno individualizando cada paciente para obtener mejores resultados, por eso es importante crear una guía para el tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión para lograr un adecuado plan de cuidado.

Guachi, R., Guano, L. y Pilco, P. (Ecuador-2012) realizaron la investigación titulada “Evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión, en el área de cuidados intensivos del Hospital General ‘Luis Vernaza’ de la ciudad de Guayaquil, periodo octubre 2011 - julio del 2012.”⁶, con el objetivo de mejorar los cuidados de enfermería

en los pacientes con úlceras por presión, a través de una evaluación de la calidad de cuidados, que se está ofertando actualmente en el área de Cuidados Intensivos del Hospital General Luis Vernaza, arribando a la conclusión de que a pesar de haber capacitado al personal hay que seguir insistiendo hasta que tomen conciencia de que lo único que evita la formación de úlceras por presión son los cambios posturales rigiendo al horario establecido de rotación. Tomando en cuenta que influye también la higiene adecuada de la piel, protegiendo de la humedad, y líquidos corporales, mantener limpia la unidad del paciente.

Tierradentro, T. (Colombia - 2011) realizó un estudio titulado “Guía de cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Occidente de Kennedy”⁷, con el objetivo de elaborar e implementar una guía de cuidados de enfermería de prevención y tratamiento de úlceras por presión para los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidado intensivo – adultos del Hospital Occidente de Kennedy, arribando a la conclusión de que las úlceras por presión pueden y deben evitarse con unos óptimos cuidados de enfermería, incluyendo la familia, por ese motivo es importante implementar una guía de actividades de enfermería para prevención y tratamiento de úlceras por presión como instrumento de trabajo cotidiano ya que genera un enfoque rápido y eficaz para entender y manejar este tipo de patología, evitando este evento adverso, demostrando un buen servicio de enfermería.

Banda, A. (Ecuador- 2010) en su investigación “Protocolos de atención de enfermería para la prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes politraumatizados de 1 mes a 16 años de edad en el área de terapia intensiva del hospital ‘Dr. Roberto Gilbert Elizalde’”⁸ plantea como objetivo, determinar la atención de enfermería en la prevención de las úlceras por presión en los pacientes politraumatizados de 1 mes a 16 años de edad en la Unidad de Cuidados Intensivos del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, en el año 2010., concluye que, no se usan protocolos en el área de UCIP para la atención y ejecución de los procedimientos de enfermería, en los pacientes pediátricos politraumatizados.

Arballo, J., Clemente, W., Martín, C. y López, K. (España - s/a), llevaron a cabo un trabajo de investigación titulado “Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General HHUUVR.”⁹, cuyo objetivo fue reducir la incidencia de úlceras por presión en los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital General, HHUUVR, concluyendo en que las úlceras por presión afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes, reduce su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo negativamente en sus familias y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte.

Gonzales J., Rodrigues G., Reyes L., Tapias S., (Cartagena - 2011), en su trabajo de investigación “Prevalencia de las úlceras por presión y la aplicación de la Escala de Braden en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel en la ciudad de Cartagena durante el año 2011, con el objetivo de escribir la prevalencia de las úlceras por presión en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina Interna de un hospital de tercer nivel de Cartagena, por medio de la aplicación de la Escala de Braden y los registros clínicos, para la implementación de estrategias que disminuyan los factores asociados al desarrollo de úlceras”¹⁰, concluye que la prevalencia de las UPP en los servicios de medicina interna sigue siendo notoria con un 38% de la población total, de las cuales se observó úlceras de estadio 3 con secreciones purulentas, es considerable que el personal de enfermería no utiliza apósitos especiales para el manejo de este tipo de lesiones. Siendo esto una medida reconocida científicamente que contribuye en la aceleración del proceso de cicatrización, reduciendo los índices de infecciones y por ende la estancia hospitalaria, también es importante resaltar que un 28% del personal de enfermería no aplica la escala de barden a todos los pacientes lo que repercute en la detección tardía de factores contribuyentes en el desarrollo de las ulceras por presión, por lo cual se debe insistir en la utilización al 100% de esta herramienta.

Hernández E. “Evaluación de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras en cuanto a su calidad, grado de evidencia de sus recomendaciones y su aplicación en los medios asistenciales”¹¹ con el objetivo

de evaluar la calidad de las guías de práctica clínica españolas sobre úlceras por presión y analizar el grado de conocimientos y de aplicación de las guías de práctica clínica de mayor calidad por parte de los profesionales de enfermería en la práctica clínica diaria, arribando a la conclusión de que el 41,7% de las GPC españolas sobre UPP son de calidad muy baja en cuando a Rigor en la elaboración; siendo también necesario mejorar la aplicabilidad de las GPC españolas sobre UPP, estudiando posibles implicaciones de la aplicación de la guía en aspectos organizativos, de comportamiento y de costes.

Pesantes V. (Ecuador 2012) realizó un estudio titulado “Intervención de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna.”¹² con el objetivo de identificar los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión asociados a factores de riesgo en pacientes hospitalizados para mejorar la calidad de atención en el servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato, concluyendo que los cuidados de enfermería en pacientes con úlceras por presión en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Provincial Docente Ambato son el aislamiento inmediato ante los primeros signos de aparición de úlceras por presión y cambios posturales cada dos horas, además de tomar medidas de asepsia y antisepsia en y durante las curaciones que se realizan diariamente.

Yuri Miyazaki, Larcher Caliri y Benedita dos Santos (Brasil 2010) en su estudio de “Conocimiento de los profesionales de enfermería sobre

prevención de la Úlcera por presión”, con el objetivo de describir y analizar el conocimiento de los miembros del equipo de enfermería, que actúan directamente en la asistencia a pacientes adultos y ancianos, en un hospital universitario, sobre la prevención de la úlcera por presión. Los datos fueron recolectados por medio de un cuestionario validado entre auxiliares/técnicos de enfermería y enfermeros Concluyendo que ambas categorías de profesionales presentan déficits de conocimiento en algunas áreas del tema en referencia. La identificación de las áreas deficientes puede orientar la planificación de estrategias para diseminación y adopción de medidas preventivas por el equipo.

2.2. Base Teórica Conceptual

2.2.1. Conocimiento:

El conocimiento es la capacidad de actuar, procesar e interpretar información para generar más conocimiento o dar solución a un determinado problema. El conocimiento es una de las actividades fundamentales del hombre, Gracias al conocimiento el hombre orienta su existencia en el mundo y aprende a dominar la realidad. Para Karl Popper "El conocimiento avanza mediante conjeturas y refutaciones"¹³. “la vida es una resolución de problemas y descubrimiento de lo nuevo, mediante el ensayo de posibilidades”. En un sentido general, no hay conocimientos sin problemas, ni problemas sin conocimientos o

expectativa¹⁴. de este modo el conocimiento consiste en corregir el conocimiento anterior. Popper, propone así un principio metodológico que supera al positivismo y el inductivismo “La ciencia exige proponernos hipótesis audaces que abran nuevos campos a la observación, que no sean meras generalizaciones prudentes a partir de observaciones dadas. Los problemas ponen al hombre en una situación que lo incita a que invente una solución conjetural o tentativa para estos problemas. Esas soluciones tentativas posibilitan a) Explicar nuevos problemas b) predecir nuevos sucesos c) al ponerse en la práctica posibilitan constatar si son verdaderas, corroborando nuevas conjeturas o erróneas, refutando con la realidad nuevas conjeturas. Pero las soluciones son siempre provisionales, cualquier cambio, suele generar nuevos problemas, aun cuando hayamos eliminado los errores anteriores¹³. La fecundidad de las contradicciones, se halla en la decisión de no admitirla, en superar las contradicciones, sin que las soluciones provisorias signifiquen siempre un progreso sin excepción.

2.2.2. El conocimiento en enfermería:

Desde los postulados históricos se ha observado la existencia de una génesis común en la conformación del pensamiento científico, esto permite hacer un planteamiento de la construcción histórica del saber de Enfermería.

Carper en 1978 identificó cuatro patrones de conocimiento, derivados de análisis y de la estructura del conocimiento de la enfermería, en 1978 la vasta mayoría del conocimiento generado por enfermería era empírico. Las enfermeras sabían cómo reducir y hacer objetivo el conocimiento, sabían controlar las variables lo que desconocían era en gran parte los conocimientos filosóficos de la práctica.

Carper dio oportunidad que enfermería interpretara el conocimiento desde cuatro patrones de conocimiento entrelazados e invisibles, como son lo Empírico, estético, personal y ético pero que centraron el desarrollo disciplinar de manera definitiva.¹⁵

El actual estado de estructuración del conocimiento en enfermería, viene dado por el hecho de que el cuidado, ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, sin embargo, es necesario en este momento en donde se identifica el cuidado como un fenómeno universal, que se expresa en acciones y esas acciones son diferentes, según las distintas culturas, por parte de quienes dan cuidado y quienes la reciben.

El cuidado requiere ser utilizado como hilo integrador entre la teoría, la práctica y la investigación, con el objeto de engrandecer el conocimiento de enfermería fundamentado en el cuidado.

2.2.3. Práctica:

Es el ejercicio de un conjunto de habilidades y destrezas adquiridas por medio de la constante aplicación que puede ser valorada a través de la observación o expresada a través del lenguaje.

ENTORNOS POSITIVOS PARA LA PRÁCTICA

Los entornos positivos para el ejercicio de la práctica, son contextos que favorecen la excelencia y el trabajo honrado, trata de mejorar la salud y el bienestar del personal, promueven los cuidados de calidad para el paciente, mejorando la motivación y la productividad del personal.

2.2.4. Teoría del autocuidado según Dorothea Orem

La relación que existe entre los conocimientos y la práctica que realiza el enfermero en el Hospital general de Jaén, repercuten en el paciente con UPP afectando así su autocuidado; es por ello esta investigación tendrá como base a la teoría del Autocuidado de Orem.

Orem describe la teoría general del autocuidado en tres subteorías relacionadas¹⁹:

La teoría del autocuidado: El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, es una

conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas hacia los demás o hacia el entorno.

Define además tres requisitos de autocuidado:

Requisitos de autocuidado universal: Son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: Promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: Surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit, los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

La teoría de sistemas de enfermería: En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

Acción de la enfermera: Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: La enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Acción de la enfermera: Regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- Actuar en lugar de la persona.
- Ayudar u orientar a la persona ayudada
- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada.
- Promover un entorno favorable al desarrollo personal.
- Enseñar a la persona que se ayuda.

Entorno: Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

También es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:

- Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.

- Actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.
- Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.
- Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico en cada sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente

2.2.5. Úlceras por Presión

La úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejido subyacente, producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, fricción y cizallamiento, siendo determinante la relación presión-tiempo.¹⁸

Como resultado de la hipoxia tisular en la zona, aparece una degeneración rápida de los tejidos, cuya gravedad puede ir desde un ligero enrojecimiento de la piel hasta úlceras profundas que afectan al músculo e incluso al hueso.¹⁷

2.2.5.1. Mecanismos:

La integridad de la piel se puede ver alterada fundamentalmente por estos cuatro factores:

- **Presión:** Es la fuerza que actúa perpendicular a la piel como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.).

La presión capilar oscila entre 16-32 mmHg, si esta aumenta (>32mmHg.) ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia y, si no se alivia, la necrosis de los mismos.

- **Fricción:** Es la fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, produciendo roces, por movimientos o arrastres.

- **Cizallamiento (Fuerza externa de pinzamiento vascular):** Combina los efectos de presión y fricción. Ejemplo: posición Fowler que produce deslizamiento del cuerpo, puede provocar fricción en sacro y presión sobre la misma zona.

- **Humedad:** Un control ineficaz de la humedad puede provocar la aparición de problemas cutáneos como la maceración. La incontinencia mixta (fecal y urinaria), sudoración profusa, mal secado de la piel tras la higiene y el exudado de heridas producen deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia, haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración. La humedad aumenta también el riesgo de infección.¹⁸

2.2.5.2. Etiopatogenia

Las UPP son consecuencias directas del aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente (hueso) y otro externo a él (sillón, camas, dispositivos terapéuticos). La denominación UPP anuncia con claridad cuál es el mecanismo último y principal responsable de esta dolencia: La presión.¹⁶

La isquemia local aumenta la permeabilidad capilar con la consiguiente vasodilatación, extravasación de líquidos e infiltración celular, produciéndose un proceso inflamatorio que origina una hiperemia reactiva, manifestada por un eritema cutáneo. Éste es reversible si, al retirar la presión, desaparece en 30 minutos, lo que indica un restablecimiento de la perfusión de los tejidos. Si no desaparece la presión se produce isquemia local, trombosis venosa y alteraciones degenerativas que desembocan en necrosis y ulceración. ¹⁶

La presión capilar normal oscila entre 16 y 33 mmHg. Se considera que presiones superiores a 20 mmHg, en un área delimitada y durante un tiempo prolongado originan un proceso de isquemia que impide la llegada de oxígeno y nutrientes a esa zona, lo que da lugar a una rápida degeneración de los tejidos por la respiración anaerobia, que ocasiona alteraciones a nivel de la membrana celular y libera aminas vasoactivas. Si se prolonga, se ocasiona en este territorio necrosis y muerte celular. ¹⁶

2.2.5.3. Recuerdo anatomo-fisiológico y etiopatogenia

La piel es el órgano más externo del cuerpo humano, con la particularidad de que tiene la capacidad de renovarse a sí

misma. Actúa como barrera defensiva que nos aísla y al mismo tiempo nos relaciona con el medio exterior.¹⁷

Su estructura se divide en tres capas:

- **Epidermis:** Capa superficial de la piel, constituida por varias capas o estratos de células: el córneo (el más superficial y resistente), el lúcido, el granuloso, el espinoso y el basal. Este último es el germinal y permite que las células que continuamente mueren sean sustituidas por otras nuevas.¹⁷

- **Dermis:** Es la capa en la que se encuentran las estructuras vásculo-nerviosas. Está constituida por:

- Sustancia fundamental: proteínas, glucosa, aminoácidos, H₂O.

- Fibras conjuntivas: colágeno, fibras elásticas y reticulares.

- Células: histocitos, fibroblastos y macrocitos.

- Red vascular: arteriolas.

- Inervación cutánea: dando las sensaciones de su entorno.

- Anejos: folículos pilosebáceos y glándulas sudoríparas.¹⁷

- **Hipodermis:** capa de la piel situada debajo de la dermis, de espesor variable y constituido por tejido conjuntivo.¹⁷

Las funciones de la piel son la protección frente a agresiones externas, bien sean mecánicas (contusiones), físicas (luz, radiaciones), químicas (impidiendo la absorción de sustancias tóxicas) o biológicas (microorganismos). Además de la regulación inmunológica (mediante la liberación de linfocitos T), de la temperatura corporal, del equilibrio hidroelectrolítico y del metabolismo de la vitamina D.¹⁷

2.2.5.4. Clasificación

- **Estadio I.** Alteración observable en la piel integra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

En comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometida a presión, puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos: temperatura de la piel (caliente

o fría), consistencia del tejido (edema, induración), y/o sensaciones (dolor, escozor).¹⁸

- **Estadio II.** Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.¹⁸

- **Estadio III.** Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente.¹⁸

- **Estadio IV.** Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular).¹⁸

2.2.5.5. Factores de riesgo que favorecen la aparición de úlceras

- Inmovilidad o alteraciones de la actividad y/o movilidad
- Edad del paciente: ancianos
- Disminución de la consciencia
- Alteraciones circulatorias
- Déficit nutricional
- Alteraciones en la eliminación: Incontinencia

- Trastornos inmunológicos: Infecciones, neoplasias.
- Tratamientos farmacológicos: sedantes, corticoides, citostáticos
- Aplicación de técnicas: sondajes, férulas
- Déficit de higiene

Otros:

- Ausencia o inadecuación de medidas de prevención
- Ausencia o inadecuación de criterios de planificación de cuidados
- Desmotivación del personal de enfermería por falta de información o formación.¹⁹

2.2.6. Prevención de las úlceras por presión

Las actividades de cuidados que comprende se pueden clasificar en diferentes áreas:

2.2.6.1. Valoración del riesgo

- Valorar el riesgo de presentar UPP en todas las personas.

- Inicialmente todas las personas deben ser consideradas “en riesgo”, hasta ser valoradas adecuadamente.

- Es necesaria una valoración detenida del estado de la persona antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de UPP y por lo tanto excluirlo de la aplicación de medidas preventivas.

- Cuando se produzcan cambios en el estado general del paciente, de su entorno o tratamiento será necesario una nueva valoración:

- Isquemia de cualquier origen.
- Intervención quirúrgica prolongada (> 10 horas).
- Pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen.
- Hipotensión prolongada.
- Pruebas diagnósticas o terapéuticas que supongan reposo en cama de más de 24 horas.

- Cambio de cuidador habitual.
- Cambio de nivel asistencial.

Para la valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea, se utilizará de forma sistemática una escala de valoración de riesgo UPP (EVRUPP) validada.¹⁸

2.2.6.2. Valoración del estado de la piel

Realizar diariamente coincidiendo con el aseo e informando del procedimiento al paciente y cuidador.

- Hacer hincapié en zonas donde hay prominencias óseas (sacro, caderas, tobillos, codos.)
- Prestar especial atención también a las zonas expuestas a humedad (por incontinencia, transpiración, secreciones).
- Observar la presencia de sequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración.
- Los pacientes con piel oscura o morena pueden presentar tonos rojos, azules o morados. Valorar en estos

pacientes el calor de la piel en la zona presuntamente afecta comparándola con el calor en otra zona del cuerpo.¹⁸

2.2.6.3. Limpieza y cuidados locales de la piel

- La piel de la persona debe estar siempre limpia y seca
- Utilizar jabones y sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo sobre el pH de la piel.
- Aclarar bien el jabón y realizar secado meticuloso sin fricción incidiendo especialmente en las zonas de pliegues.
- Aplicar cremas hidratantes fluidas, confirmando su total absorción.
- Utilizar preferentemente lencería de tejidos naturales.
- Utilizar apósitos protectores para reducir las posibles lesiones por fricción.¹⁸

Está contraindicado el uso sobre la piel de cualquier producto que contenga alcohol (de romero, tanino, colonias, etc.).

- No realizar masajes sobre prominencias óseas, ni zonas enrojecidas (ocasionan roturas capilares que favorecen la aparición de UPP) ¹⁸.

2.2.6.4. Manejo del exceso de humedad (incontinencia, transpiración, drenajes)

- Controlar la causa que origina el exceso de humedad, evidencia baja o moderada.
- Proteger las zonas expuestas al exceso de humedad con productos barrera. ¹⁸

2.2.6.5. Manejo de la presión

Para minimizar el efecto de la presión como causa de UPP, considerar cuatro elementos fundamentales:

a. Movilización

- Fomentar y mejorar la movilidad y actividad del paciente proporcionándole los dispositivos de ayuda necesarios (andadores, bastones, trapecios, barandillas).

- Si existe potencial para mejorar la movilidad física, iniciar gimnasia activa o pasiva.

- Considerar la derivación a fisioterapia.¹⁸

b. Cambios posturales

- Periodicidad:

- Programar los cambios posturales de manera individualizada dependiendo de su valoración de riesgo y de la SEMP utilizada.

- Como norma general realizar los cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados que no son capaces de reposicionarse solos, siguiendo una rotación programada e individualizada.

- Cuando sea posible, enseñar a la persona a reposicionarse por sí misma a intervalos de 30'.

- En periodos de sedestación efectuar movilizaciones horarias. Si puede realizarlo autónomamente, enseñar a la persona a movilizarse cada quince minutos (cambios de postura y/o pulsiones).

- Si la situación del paciente en sedestación o de su entorno de cuidados no permite realizar estas movilizaciones, es preferible encamar al paciente.

- A tener en cuenta en la realización de los cambios posturales:

- Seguir las recomendaciones de salud laboral sobre el manejo de cargas y pesos

- Mantener el alineamiento corporal, la distribución del peso y el equilibrio de la persona

- Evitar el contacto directo entre prominencias óseas

- Evitar en lo posible apoyar directamente a la persona sobre sus lesiones

- Evitar el arrastre: realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y la fricción. Utilizar entremetidas o sabanas traveseras.

- Elevar la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el mínimo tiempo posible (si su patología base lo permite).

- En decúbito lateral no sobrepasar los 30° de inclinación y evitar apoyar el peso en las prominencias óseas ayudándose de almohadas.

- Los pies y manos deben mantener una posición funcional.¹⁸

- Condicionantes para la efectividad de los cambios posturales:

- Dificultad para su realización periódica
- Utilización de posiciones posiblemente iatrogénicas.
- Imposibilidad de realizarlos en muchos pacientes de cuidados intensivos.

- Patologías que dificultan o imposibilitan la realización de los cambios posturales: cirugía cardíaca, inestabilidad hemodinámica, obesidad mórbida, compromiso respiratorio, politraumatizados o intervenciones neuroquirúrgicas.¹⁸

- Posición de decúbito supino:
 - Mantener la cabeza, con la cara hacia arriba, en una posición neutra y recta de forma que se encuentre en alineación perfecta con el resto del cuerpo; apoyar las rodillas en posición

ligeramente flexionada para evitar el hiperextensión (extremidades en ducción de 30 grados), codos estirados, piernas ligeramente separadas, pies y manos en posición funcional, evitar apoyar los talones del paciente directamente sobre un plano duro.¹⁸

- Posición de decúbito prono:

- Colocar (se) sobre el abdomen con la cara vuelta a un lado sobre un cojín, los brazos flexionados, las palmas giradas hacia abajo y los pies extendidos. Apoyar los tobillos y las espinillas para prevenir la flexión plantar de los pies.¹⁸

- Posición de decúbito lateral

- Mantener la alineación, con la pierna del lado sobre el que descansa el cuerpo estirada y la contraria flexionada; las extremidades superiores flexionadas.

- Apoyar con almohadas el muslo y el brazo para prevenir la rotación interna de la cadera y del hombro.¹⁸

- Posición sentada

- Sentar (se) con la espalda apoyada cómodamente contra una superficie firme, pies y manos en posición funcional, apoye los pies liberando los talones.

2.2.6.6. Intervenciones Iatrogénicas

En estas intervenciones existe un componente histórico tradicional en su práctica, “siempre se ha hecho así”, que entraña una notable dificultad para su erradicación.¹⁸

Se puede recomendar:

- No utilizar rodetes ni flotadores como superficie de asiento. En vez de repartir la presión que ejerce el peso del cuerpo, la concentra sobre la zona corporal que está en contacto con el rodete, provocando edema y congestión venosa y facilitando la aparición de UPP.
- No masajear las prominencias óseas.
- No dar friegas de alcohol, colonia sobre la piel.
- No sentar a pacientes sin capacidad de reposicionarse y sin SEMP.
- No elevar el cabecero de la cama más de 30° en decúbito lateral.
- No sobrepasar los 30° de inclinación en decúbito lateral.
- No arrastrar a la persona sobre la cama al recolocarlo.

- No mantener protecciones locales sin revisiones diarias.

2.2.6.7. Situaciones especiales

Debido a su especial relación con la posibilidad de ver aumentado el riesgo de desarrollo de úlceras por presión, habrán de tenerse en cuenta una serie de circunstancias especiales que aumentan la vulnerabilidad de los pacientes al tiempo de planificar los cuidados de prevención. Estos cuidados deberán iniciarse desde el mismo momento de su ingreso en la institución y mantenerse en las distintas unidades (servicio de urgencias, servicios de diagnóstico, quirófano).

- Pacientes con alteraciones neurológicas (lesiones medulares, déficit neurológico.)
- Pacientes sometidos a cirugía de larga duración
- Pacientes sometidos a técnicas especiales
- Personas desnutridas, inmunodeprimidas.
- Personas sometidas a estrés psicológico o emocional.

- Personas muy mayores sin motivación para la ingesta ni la movilización (Anciano frágil).
- Aumento significativo del dolor
- Cambios de medicación.¹⁸

2.2.7. Procedimientos de Enfermería

Brindar información al paciente y/o familia de las situaciones de riesgo que pueden desencadenar una UPP y de la pertinencia de la valoración del riesgo de padecerlas para prevenir la aparición de úlceras.

Informar, en general, de los conocimientos básicos de estas lesiones y educar en el espectro completo de cuidados para el tratamiento.

a. VALORACIÓN DEL RIESGO – ESCALA NOVA 5

PUNTUACIÓN	ESTADO MENTAL	INCONTINENCIA	MOVILIDAD	NUTRICIÓN INGESTA	ACTIVIDAD
0	Alerta	No	Completa	Correcta	Deambula
1	Desorientado	Ocasional Limitada	Ligeramente completa	Ocasionalmente con ayuda	Deambula
2	Letárgico	Urinaria o fecal importante	Limitación	Incompleta siempre con ayuda	Deambula
3	Coma	Urinaria y fecal	Inmóvil ni enteral, ni parenteral superior a 72h y/o desnutrición previa	No ingesta oral	No deambula

Según la puntuación obtenida de la aplicación de la escala se obtienen 4 categorías de riesgo:

0 Puntos → Sin riesgo.

De 1 a 4 Puntos → De riesgo bajo.

De 5 a 8 Puntos → De riesgo medio.

De 9 a 15 Puntos → De riesgo alto.¹

***DESCRIPCIÓN DE LOS CRITERIOS UTILIZADOS EN LA
ESCALA NOVA 5***

Estado mental

Paciente consciente o alerta

Es aquel paciente que está orientado y consciente.

- Puede realizar autocuidados en la prevención del riesgo.
- Podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.¹

Paciente desorientado

Es aquel que tiene disminuida la orientación en el tiempo y/o en el espacio.

- Puede estar apático.
- No puede realizar autocuidados por sí mismo de prevención del riesgo, necesita de nuestra ayuda.
- No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.¹

Paciente letárgico

Es aquel paciente que no está orientado en el tiempo ni en el espacio.

- No responde a órdenes verbales, pero puede responder a algún estímulo
- No podemos hacerle educación sanitaria para la prevención del riesgo.
- También tienen el mismo valor los pacientes hipercinéticos por agresividad o irritabilidad.¹

Paciente inconsciente o comatoso

Es aquel paciente que tiene pérdida de consciencia y de sensibilidad.

- No responde a ningún estímulo. Puede ser un paciente sedado.¹

Incontinencia

Paciente continente

Es aquel paciente que tiene control de esfínteres.

- Puede ser portador de sondaje vesical permanente.¹

Paciente con incontinencia ocasional

Es aquel que tiene el reflejo de cualquiera de los esfínteres disminuido o alterado.

- Puede llevar un colector urinario.¹

Paciente con incontinencia urinaria o fecal

Es aquel paciente que no tiene control del esfínter vesical o fecal y en caso de incontinencia urinaria no lleva sondaje vesical ni dispositivo colector.

Paciente con incontinencia urinaria y fecal

Es aquel paciente que no tiene control de ningún esfínter.¹

Movilidad

Paciente con movilidad completa

Es aquel paciente que tiene un grado de autonomía total.

- El tiempo de inmovilidad se ajusta al mínimo necesario.¹

Paciente con limitación ligera en la movilidad

Es aquel paciente que tiene una ligera limitación que induce a un aumento del tiempo de inmovilidad por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc).

- No necesita ayuda para cambiar de posición.¹

Paciente con limitación importante en la movilidad

Es aquel paciente que tiene una limitación importante tanto por causas externas (procedimientos terapéuticos invasivos, sonda nasogástrica, cateterización venosa o vesical, drenajes, férulas, yesos, etc.) como por causas propias (ACVA, amputación de miembros inferiores sin prótesis, paraplejia), que le produce un aumento del tiempo de inmovilidad. Siempre necesita ayuda para cambiar de posición.¹

Paciente inmóvil o encamado 24 horas

Es aquel paciente que tiene disminuida el máximo de su movilidad y siempre necesita ayuda de agentes externos para moverse: es completamente dependiente.¹

Nutrición**Paciente con nutrición correcta**

Es aquel que tiene un buen estado nutricional e hídrico, entendido este como el volumen y tolerancia de la dieta. Tiene cubiertas las necesidades mínimas diarias y no tiene deficiencias nutricionales anteriores conocidas. Tiene una constitución física normal.

Puede ser por:

- Comer siempre la dieta pautada.

- Lleva nutrición enteral o parenteral adecuada.
- Está en ayunas menos de tres días para prueba diagnóstica, intervención quirúrgica o causa similar. ¹

Paciente con nutrición ocasionalmente incompleta

Es aquel paciente en el que el volumen o la tolerancia de su nutrición diaria son ocasionalmente deficitarias. Tiene una constitución física que demuestra exceso o defecto de peso.

Puede ser por:

- Dejar ocasionalmente parte de la dieta oral (platos proteicos) o presentar alguna intolerancia a la nutrición enteral o parenteral. ¹

Paciente con nutrición incompleta

Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y tiene deficiencias anteriores conocidas (hipovitaminosis, hipoproteinemia). Puede presentar sobrepeso, caquexia o normopeso.

Puede ser por:

- Dejar diariamente parte de la dieta oral (platos proteicos).
- Tener un aporte deficiente de líquidos orales o parenterales (tanto si es por prescripción como por inapetencia)

- Por intolerancia digestiva crónica mantenida: diarrea y/o vómitos.¹

Paciente sin ingesta oral

No tiene ingesta oral por cualquier causa. Es aquel paciente que no tiene cubiertas sus necesidades nutricionales e hídricas mínimas diarias y/o además tiene desnutrición previa comprobada con una determinación normal de laboratorio (albúmina < 30 mg. proteínas < 60mg) y/o pérdida importante actual de peso (hipovitaminosis, hipoproteinemia).

Puede ser también por no tener ingesta oral, enteral ni parenteral por cualquier causa más de 72 horas.¹

Actividad

Paciente que deambula

Tiene deambulación autónoma y actividad completa.¹

Paciente que deambula con ayuda

Tiene alguna limitación para la deambulación y algunas veces necesita ayuda externa para deambular (soporte humano, bastones, muletas).¹

Paciente que siempre precisa ayuda

No puede deambular (silla de ruedas o andadores). Siempre necesita ayuda externa y de medios auxiliares para deambular. ¹

Paciente encamado

No puede deambular. Está encamado las 24 horas. Puede tener períodos cortos de sedestación. ¹

La valoración se realizará al ingreso del paciente en la unidad y con una revisión periódica cada 7 días después de la última, en caso de no observarse cambios relevantes.

Se consideran cambios relevantes:

- Una intervención quirúrgica superior a diez horas.
- La aparición de isquemia por cualquier causa
- Los períodos de hipotensión.
- Las pérdidas de sensibilidad de cualquier origen.
- Las pérdidas de movilidad de cualquier origen
- Las pruebas diagnósticas invasivas que requieran reposo de 24 horas, como por ejemplo la arteriografía o el cateterismo cardíaco.

- En cualquiera de estos casos se deberá proceder a una nueva valoración.

En los pacientes de alto riesgo o en pacientes ingresados en servicios de cuidados críticos se medirá diariamente.

Se registrará el resultado de la valoración, en la hoja de registro de UPP, o en su ausencia en la hoja de evolución de enfermería y se aplicarán los cuidados en función del resultado obtenido –si es identificado con riesgo aplicar acciones de prevención.

2.2.8. Valoración de la lesión

Realizar la valoración según los siguientes parámetros:

- Localización de la lesión.
- Clasificación - estadiaje.
- Tipos de tejidos en el lecho de la lesión: tejido necrótico, tejido esfacelado, tejido de granulación, exudado de la úlcera, escaso, abundante, muy abundante, purulento.
- Dolor
- Signos clínicos de infección local: exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre.

- Antigüedad.¹³

La valoración se realizará al ingreso del paciente en la Unidad, al menos una vez por semana y siempre que existan cambios que así lo sugieran.

Se registrará el resultado de la valoración, así como el día de la próxima en la hoja de registro de UPP, o en su ausencia en la hoja de evolución de enfermería y se aplicará el tratamiento en función del resultado obtenido.

2.2.9. Tratamiento de las úlceras por presión

- Utilizar técnicas de posición (encamado o sentado) y elegir una adecuada superficie de apoyo, para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento.
- Mantener la zona seca (medidas de prevención).
- Crear un campo estéril para la limpieza de la herida.
- Usar guantes estériles.
- Limpiar las lesiones inicialmente y con suero salino fisiológico, usando la mínima fuerza mecánica para la limpieza, así

como para su secado posterior - la proporcionada por la gravedad. No aplicar suero fisiológico a presión con jeringa.

- No limpiar la herida con antisépticos locales - povidona yodada, clorhexidina, agua oxigenada, ácido acético), tóxicos para los fibroblastos humanos.

- Proteger la zona periulceral con un preparado a base de zinc.

- El apósito elegido para ocluir la úlcera deberá siempre sobrepasar en 2,5 – 4 cm los bordes de la misma. ¹³

El plan de tratamiento de la úlcera por presión dependerá de la valoración de la lesión:

Si son lesiones de grado I

- Aplicar apósito hidrocoloide/hidrorregulador de baja absorción (transparente/ extrafino) en placa. Si la zona lesionada es el talón utilizar siempre protección y dispositivo (almohadas) que evite la presión. ¹³

Si son lesiones de grado II

- Aplicar apósitos hidrocoloides en placa favorecedores de la limpieza rápida de la herida, que atrapan la secreción cargada de gérmenes.

- En la parte profunda de la úlcera aplicar gel, pasta o gránulos, además de la placa superficial, y cuando haya disminuido la profundidad y la exudación, solamente la placa.¹³

En lesiones de grado III y IV

- Si la úlcera está limpia o tuviera esfacelos, pero tras la limpieza quedara libre de ellos, aplicar apósito hidrocoloide/hidrorregulador en placa.
- Si se observa en el lecho de la lesión tejido necrótico o esfacelos utilizar métodos de desbridamiento, estos métodos no son incompatibles entre sí, por lo que es aconsejable combinarlos para obtener mejores resultados:

1. Desbridamiento quirúrgico: Recortar por planos y en diferentes sesiones, siempre empezando por el área central - salvo en el desbridamiento radical en quirófano. Es aconsejable la aplicación de un antiálgico tópico (gel de lidocaína 2%, etc.). Si sangrara aplicar compresión directa o apósitos hemostáticos. Requiere conocimientos, destreza y una técnica y material estéril.¹³

2. Desbridamiento enzimático: Aplicar productos enzimáticos del tipo de la colagenasa; Aumentando el nivel de humedad con suero fisiológico. No utilizar como método único si ya existe placa necrótica seca. No asociar a hidrocoloides/hidrorreguladores.¹³

3. Desbridamiento autolítico: Aplicar cualquier apósito capaz de producir condiciones de cura húmeda.

Para evitar que se formen abscesos o “se cierre en falso” la lesión, será necesario rellenar parcialmente - entre la mitad y las tres cuartas partes- las cavidades y tunelizaciones con productos basados en el principio de la cura húmeda, además de la placa superficial.

Estos productos reblandecen y separan la necrosis y placas secas absorbiéndolos en la estructura gelatinosa, además de retener la secreción cargada de gérmenes (fase de limpieza). Así mismo, crean un equilibrio dinámico que se caracteriza por un ambiente húmedo estable en la herida y que aporta las condiciones ideales para la granulación y la epitelización.¹³

Los apósitos basados en cura húmeda son:

- Hidrocoloides/hidrorreguladores, en placa, en gránulos o en pasta (sólo ejercen su acción cuando se convierten en gel al absorber las secreciones de la herida).
- Hidrogeles en estructura amorfa o en placa (por su acción hidratante, facilitan la eliminación de tejidos no viables en el caso de las heridas con tejido esfacelado. Se tratan de geles acabados) y de rápida acción desbridante.

- Alginatos (El alginato de calcio, igualmente, en contacto con las sales sódicas presentes, por ejemplo, en la sangre y la secreción de las heridas, se transforma en un gel hidrófilo con un poder absorbente también muy elevado).

- Hidrofibra de hidrocoloide.

- Poliuretanos¹³

La frecuencia de cambio de cada apósito vendrá determinado por el nivel de exudado.

Un apósito hidrocoloide se cambiará cuando el abombamiento producido al absorber las secreciones de la herida se aproxima a 1,5 o 1 cm del borde del apósito.

Ante la presencia de signos de infección local deberá de intensificarse la limpieza y el desbridamiento; utilizaremos apósitos de alginato cálcico o de hidrofibra. Si la úlcera no evoluciona favorablemente al cabo de una semana, o continúa con signos de infección local, habiendo descartado la presencia de osteomielitis, celulitis o septicemia, deberá implantarse un régimen de tratamiento con una pomada antibiótica local con efectividad contra los microorganismos que más frecuentemente infectan la úlcera por presión y durante un período máximo de dos semanas - sulfadiazina argéntica.

Si al cabo de las dos semanas continuara con infección realizar cultivo.¹³

En pacientes con varias úlceras comenzar siempre por la menos contaminada.

No utilizar antisépticos locales.

Evitar las curas oclusivas si hay exposición de hueso o tendones.

No realizar nunca curas oclusivas si hay signos de infección.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de la investigación

3.1.1. Tipo de investigación

El presente estudio es una investigación cuantitativa.

Según el análisis y alcance de los resultados fue descriptivo correlacional porque se determinó la relación entre las variables conocimiento y la práctica del personal de enfermería del servicio de emergencias del hospital general de Jaén.

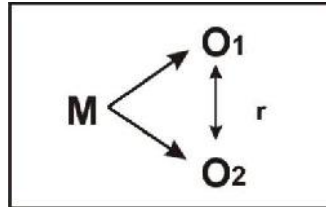
Según la finalidad fue fundamental básica o pura porque se generó nuevos conocimientos en los enfermeros del servicio de emergencias del hospital general de Jaén según la situación que se presentó en el lugar de estudio.

Según el tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información fue prospectivo porque los hechos se registraron a medida que fueron ocurriendo.

Según el periodo y secuencia del estudio fue transversal porque los datos fueron recolectados en un solo momento en cada unidad de análisis en este caso en cada uno de los enfermeros.

3.1.2. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación fue descriptivo correlacional



Donde:

M = Muestra: enfermeros del hospital general de Jaén del servicio de emergencias.

O₁ = Observación de los conocimientos que brinda el enfermero a pacientes con úlceras por presión.

O₂ = Observación de la práctica de los enfermeros en el cuidado de pacientes con úlcera por presión

r = Relación entre variables

3.2. Universo y muestra

3.2.1. Población muestral

La población muestral fue constituida por 15 enfermeros del servicio de emergencia del hospital General de Jaén por ser pequeña y representativa. Fue no probabilístico por conveniencia debido a que se

trabajó con los pacientes en estado crítico que ingresaron diariamente durante el mes de agosto los cuales necesitaron tener un manejo adecuado para prevenir y tratar las úlceras por presión desconociéndose el cuidado óptimo brindado.

- ***Criterios de Inclusión:*** se consideró a todos los enfermeros que laboraban en el servicio.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue la encuesta, la cual se define como la búsqueda sistemática de información en la que el investigador pregunta a los investigados sobre los datos que desea obtener y, posteriormente reúne estos datos individuales para obtener durante la evaluación, datos agregados.

A diferencia del resto de técnicas de entrevista, la particularidad de la encuesta es que realiza a todos los entrevistados las mismas preguntas, en el mismo orden y en una situación social similar; esto favorece un mejor control sobre lo que se pregunta, razón por la cual la recogida de datos con cuestionarios se denomina estandarizada.⁴

El cuestionario puede ser definido como el documento que recoge de forma organizada los indicadores de las variables implicadas en el objetivo de la encuesta, en tal sentido, se concluye que la palabra encuesta se utiliza para

denominar a todo el proceso que se lleva a cabo, mientras la palabra cuestionario quedaría restringida al formulario que contiene las preguntas que son dirigidas a los sujetos objeto de estudio.

El objetivo que se persiguió con el cuestionario fue traducir variables empíricas, sobre las que se desea información, en preguntas concretas capaces de suscitar respuestas fiables, válidas y susceptibles de ser cuantificadas. El guion orientativo del que se debe partir para diseñar el cuestionario lo constituyen las hipótesis y las variables previamente establecidas y operativizadas. En esta fase preliminar, antes de la redacción de las preguntas, se debe tener en cuenta también las características de la población y muestra en estudio (nivel cultural, edad, estado de salud, etc.) y el sistema de aplicación que va a ser empleado, ya que estos aspectos tendrán una importancia decisiva a la hora de determinar el número de preguntas que deben componer el cuestionario, el lenguaje utilizado, el formato de respuesta y otras características que puedan ser relevantes.⁵

El instrumento que se utilizó para evaluar la práctica estuvo elaborado en base a la Escala de Likert. Para llegar a su elaboración, lo primero que se hizo fue encontrar el objeto de la investigación, del cual se derivan las variables de la investigación, que posteriormente han sido llevadas a una matriz de dimensiones, donde se han elaborado los respectivos ítems o indicadores. Cada indicador constituye una afirmación de la encuesta. La aplicación de la encuesta se realizó a 15 enfermeros del servicio de Emergencias del Hospital General de Jaén, que tuvo

como fin recoger datos sobre los conocimientos y prácticas del enfermero sobre la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión.

3.4. Procedimientos

3.4.1. Método de la investigación científica

Se empleó el método empírico a través de la observación simple, por medio del cual se pudo detectar la realidad problemática y se hizo uso en la comprobación de la hipótesis del trabajo, así como en la aplicación de la encuesta.

Se aplicaron métodos teóricos a través del análisis, síntesis, y deducción. Métodos estadísticos con la aplicación de la estadística descriptiva en la organización de los datos en cuadros estadísticos y la distribución numérica y porcentual de los datos.

Para el procesamiento de los resultados y para la prueba de hipótesis se aplicó las herramientas de estadística descriptiva aplicando tablas de distribución de frecuencia y herramientas de estadística inferencial de chi cuadrada con un 95% de confiabilidad.

3.4.2. Rigor Científico

En el rigor científico se tuvo en cuenta:

- **Credibilidad:** Se refiere al valor de la verdad la cual fue considerada durante todo el proceso de la investigación para la confianza de la información que se obtuvo durante la entrevista al sujeto en estudio.⁶
- **Confirmabilidad:** Los resultados fueron determinados por los discursos de los participantes dejando de lado los prejuicios de las investigadoras.⁶
- **Auditabilidad:** Se garantizó que si otros investigadores realizaran esta investigación bajo las mismas condiciones, los resultados serán similares.⁶

3.4.3. Principios Éticos

La presente investigación científica se realizó de acuerdo a los principios éticos del report Belmont a favor de los sujetos.⁵

Tenemos los siguientes:

- **Principio de beneficencia:** Es un principio primordial de la investigación, en este se testifica: “Por encima de todo, no hacer daño”,

ningún participante de esta investigación fue expuesto a situaciones o experiencias que den por resultados daños graves o permanentes, tal es así, que no sólo se tuvo en cuenta el daño físico sino también el psicológico.

- **Principio de respeto a la dignidad humana:** Comprende el derecho del participante a la autodeterminación y a un conocimiento irrestricto de la información. Es decir, los participantes tuvieron libre aceptación o participación voluntaria, conocieron detalladamente la naturaleza de la investigación, los procedimientos que se utilizaron para obtener la información y los derechos que gozan.
- **Principio de justicia:** Los participantes recibieron un trato justo, así mismo tuvieron derecho a su privacidad a través del anonimato y el consentimiento informado.⁵

3.5. Plan para el procesamiento de datos

3.5.1. Exploración

Consistió en determinar el lugar donde se llevará a cabo la investigación. Se realizó la coordinación con el director de la institución y el equipo de enfermeros del servicio de emergencias del Hospital General de Jaén.

3.5.2. Interacción

Se realizó una evaluación diagnóstica a los enfermeros del servicio de emergencias del Hospital General de Jaén, para determinar los conocimientos y prácticas en prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión.

3.6. Método de análisis de datos

Para el análisis de los datos se aplicó la escala Likert, escala que estuvo centrada en los sujetos en estudio para la cual se elaboraron ítems (afirmaciones), donde cada ítem ofreció una serie de alternativas de forma graduada, las respuestas fueron indicadas mediante letras.

La escala de Likert fue construida mediante dimensiones comprendidas por las variables en estudio con un enfoque racional deductivo.

En la presente investigación se midió los conocimientos y prácticas del enfermero en la prevención y cuidado de pacientes con úlceras por presión. Cada ítem tuvo una serie de alternativas de respuesta en forma graduada de menor a mayor donde se determinó como menor valor nunca (N), luego a veces (AV) y el de mayor valor siempre (S).

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de concluido el procesamiento y análisis de los datos obtenidos en la investigación “Conocimientos y Prácticas del Enfermero sobre la Prevención y Cuidado del paciente con Úlceras por Presión (UPP) en el servicio de Emergencia, Hospital General Jaén – 2015”, presentamos los resultados en los cuadros siguientes del 1 al 3.

Cuadro 1

Conocimientos del enfermero sobre la definición y valoración de pacientes con UPP en el servicio de emergencia Hospital General Jaén 2015

Conocimientos	Si		No		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Definición	12	80	3	20	15	100
Valoración del paciente	6	40	9	60	15	100

Fuente: Encuesta aplicada a los enfermeros del área de emergencias del HGJ – 2015.

En el cuadro 1 se observa que el mayor porcentaje (80%) si posee conocimientos sobre la definición de las Úlceras por presión y en menor porcentaje (20%) no posee estos conocimientos.

Luego, en cuanto a la valoración del paciente con Úlceras por presión, llama la atención, porque en un gran porcentaje (60%) no posee conocimientos sobre este ítem y un menor porcentaje (40%) si posee conocimientos.

Por lo mencionado, se afirma que el conocimiento sobre valoración del paciente con úlceras por presión, es deficiente, ya que no se identifica problemas, por lo tanto, no realiza intervenciones encaminadas a solucionar o en su defecto minimizar las UPP, siendo necesario una capacitación para el personal de salud que labora en esta área.

El conocimiento que los enfermeros poseen juega un papel importantísimo en el cuidado y prevención de pacientes con UPP, así lo confirma Ponce, S. (Mendoza - 2009), quien realizó un estudio titulado “Responsabilidad y conocimientos de enfermería en el cuidado del paciente con úlceras por presión.”, en el cual concluye afirmando que, buscando la priorización de cada una de sus necesidades, brindando un cuidado integral al paciente y su familia, quienes serán los protagonistas de esta recuperación, mediante la enseñanza y los cuidados que enfermería le brinde, alcanzaremos mejores logros en esta calidad de pacientes.⁷

En tal sentido, el enfermero debe saber qué procedimientos seguir en la prevención y cuidado de úlceras por presión, para ello es necesario que conozca qué es y cuáles son los procedimientos para la valoración de la lesión en una UPP.

Así mismo Ayora P, Carrillo M, Donaire M, López E, Romero B, Ruz (Córdova – [s.a]), en su estudio “Aplicación del protocolo de atención para pacientes con riesgo de Úlceras por presión servicio Medicina interna Hospital Base Osorno, Chile, 2004” mostraron en su teoría, los parámetros para realizarla y propusieron como primer paso la localización, seguido de la clasificación del estadiaje en que se encuentra el paciente, (tejidos comprometidos, si esta

necrosado, el exudado de la úlcera si es abundante o muy abundante). Presencia de dolor, valorar los signos de infección (exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre). Estas valoraciones se registrarán en la Hoja de Registro de UPP, o en su ausencia en la Hoja de Evolución de enfermería y se aplicará el tratamiento en función del resultado obtenido.¹

Coincidiendo con Muñoz, I. (2005) quien realizó un trabajo de investigación titulado “Propuesta de un sistema algorítmico en la prevención y tratamiento de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la unidad clínica de medicina del Hospital Santos Aníbla Dominicci, Carúpano 2005”, con el fin de identificar la información que posee los profesionales de enfermería sobre los niveles de prevención de las úlceras por presión en la unidad clínica de medicina, concluye que las enfermeras (o) de la unidad clínica de medicina poseen una formación óptima para tareas encaminadas al manejo y abordaje de las úlceras por presión. Se determinó que los profesionales en enfermería tienen el conocimiento de las medidas preventivas para evitar las úlceras por presión en pacientes con riesgo.⁸

Al efectuarse la observación directa en el Hospital General Jaén, 9 enfermeros de un total de 15 enfermeros, es decir más de la mitad, no posee conocimiento sobre la valoración del paciente con UPP, determinándose que la prevención de las UPP podían realizarse con un nivel aceptable de conocimiento.⁸

Cuadro 2

Conocimientos del enfermero sobre los estadios de las UPP, en el servicio de emergencia Hospital General Jaén 2015

Conocimientos Estadios	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
I	11	73.3	04	26.7	15	100
II	07	46.7	08	53.3	15	100
III	06	40	09	60	15	100
IV	15	100			15	100

Fuente: Encuesta aplicada a los enfermeros del área de emergencias del HGJ – 2015.

En el cuadro 2 se observa que el 73% de los enfermeros que laboran en emergencia tienen conocimiento sobre el Estadio I de las UPP, así como el 100%, de los enfermeros encuestados conoce el estadio IV de las UPP, dado que estos estadios son más fáciles de reconocer a la hora de valorar al paciente porque son los extremos de las UPP, las UPP de I grado son alteraciones observables en piel integra mientras que el Estadio IV son alteraciones de la piel con pérdida total de su grosor abarcando lesiones extensas comprometiendo músculos hueso etc. además podemos observar en el cuadro que el 53% de los enfermeros encuestados desconocen las características del estadio II de las UPP, seguido de un 60% que desconocen las características del estadio III de las UPP, porque al valorar estos estadios se confunde la pérdida parcial del grosor de la piel en el estadio II se puede

presentar flictenas o úlceras mientras que en estadio III se presentan úlceras con pérdida total del grosor de la piel.

Este cuadro responde a lo que propone la Comunidad Madrid (España – s.a.), en su libro “Protocolos de cuidados: úlceras por presión”, manifestando que son cuatro los estadios de una UPP. El primero (Estadio I), que es la alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en individuos de piel oscura, puede presentar tonos rojos, azules o morados.

El segundo (Estadio II), que es la pérdida parcial del grosor de la piel que afecta la epidermis y/o dermis. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, flictena (ampolla), o pequeño cráter superficial en el tercero (Estadio III), que viene a ser la pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia dentro, pero sin afectar la fascia subyacente. La lesión presenta el aspecto de un cráter que puede socavar o no al tejido subyacente el cuarto (Estadio IV) que se define como la pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular), las lesiones de estadio IV pueden presentar trayectos sinuosos y socavados.⁹

Los resultados mencionados anteriormente, ponen en evidencia que los profesionales de enfermería del área de Emergencias del Hospital General de Jaén, a pesar de que existe una mayoría de ellos que conocen y logran reconocer perfectamente cada una de las características de los estadios de las UPP, todavía

existe un menor número que escasamente conoce, lo cual conlleva a brindar una inadecuada atención de enfermería a los pacientes con dichas lesiones; dejando insatisfechas las expectativas y la percepción final del servicio recibido.

Cuadro 3

Conocimientos del enfermero sobre la prevención de UPP en el servicio de emergencia Hospital General Jaén 2015

Calificación	Nº	%
Muy bueno	6	40
Bueno	2	13.33
Regular	1	6.67
Malo	6	40
Total	15	100

Fuente: Encuesta aplicada a los enfermeros del área de emergencias del HGJ – 2015.

En el cuadro 3 observamos que en un mismo porcentaje del 40% de los enfermeros encuestados, presentan un nivel de conocimientos sobre prevención de UPP muy bueno y malo; mientras que un 13.3% de éstos tienen un nivel bueno y sólo un 6.6% de dichos profesionales tiene regular nivel de conocimientos sobre prevención de UPP.

La prevención constituye la manera más idónea de acción contra toda enfermedad, de este modo, Carrillo, M. (2004) en su investigación “Aplicación de un protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, servicio

de medicina interna, Hospital Base Osorno, octubre - diciembre 2004”, que plantea el objetivo de aplicar un protocolo que sea capaz de disminuir el número y la gravedad de estas lesiones en un grupo de pacientes adultas mayores usuarias del Servicio de Medicina Interna del Hospital Base Osorno, durante el período de dos meses, concluye que los resultados obtenidos con la aplicación del protocolo, desde el punto de vista de las proyecciones que en el futuro se pueden lograr con la intervención de enfermería, nos encontraremos con enfermeras capaces en el área administrativa de disminuir significativamente los costos que implica una alta incidencia y prevalencia de úlceras por presión a través de la disminución en número y gravedad de éstas y del tiempo de convalecencia en hospitales o en los centros de cuidado, así como la optimización de recursos tanto humanos como materiales, además, de llevar un plan de registro institucional de la prevalencia y la incidencia de las úlceras por presión¹⁰.

Por otro lado Tierradentro, T. (2011) en su investigación “Guía de cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos Hospital Occidente de Kennedy”, concluye que las úlceras por presión pueden y deben evitarse con unos óptimos cuidados de enfermería, incluyendo la familia, por ese motivo es importante implementar una guía de actividades de enfermería para prevención y tratamiento de UPP como instrumento de trabajo cotidiano ya que genera un enfoque rápido y eficaz para entender y manejar este tipo de patología, evitando este evento adverso, demostrando un buen servicio de enfermería.¹¹

La importancia de aplicar un protocolo radica en que el personal de enfermería debe saber cómo actuar en ciertos procedimientos para así recopilar, acciones y técnicas que se consideran adecuadas ante ciertas situaciones, para reducir incidencias, costos de salud, así como en la protección legal que ofrecen para las acciones de enfermería.

El resultado del presente cuadro no concuerda con los estudios encontrados ya que observamos que un 40% de los enfermeros encuestados, presentan un nivel de conocimientos sobre prevención de UPP muy bueno no obstante el mismo porcentaje presenta un nivel de conocimientos malo lo cual indica que no hay un estándar que permite la comunicación entre procesos y que deben ser respetados.

Una adecuada prevención pasa por identificar adecuadamente a los pacientes de mayor riesgo para aplicar todas las medidas preventivas necesarias y con los recursos disponibles, la mayoría de las UPP pueden prevenirse, 95% de ellas son evitables, lo cual refuerza la necesidad de la actuación preventiva como prioridad sin centrarse solamente en el tratamiento de las ya establecidas. El impacto económico de la prevención de las UPP se ve reflejado en la estadía de un paciente, ya que el 90% del costo de una UPP corresponde a la atención de enfermería, variando según los estadios.¹²

Teniendo en cuenta el segundo objetivo específico “determinar las prácticas del enfermero en la prevención y el manejo de úlceras por presión en pacientes internados en emergencia del Hospital General de Jaén”, se propone el cuadro 4 que muestra los resultados siguientes.

Cuadro 4

*Prácticas del enfermero en el tratamiento de las UPP en el servicio de emergencia
Hospital General Jaén 2015*

Prácticas	Si		No		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Técnicas de posición	8	53.33	7	46.67	15	100
Limpieza y aplicación del tratamiento	7	46.67	8	53.33	15	100
Valoración de signos de infección	5	33.33	10	66.67	15	100

Fuente: Encuesta aplicada a los enfermeros del área de emergencias del HGJ – 2015.

En el cuadro 4 se observa que en las prácticas que los enfermeros efectúan en el tratamiento de las UPP, el 53,33% realizan las técnicas de posición para disminuir el grado de rozamiento, presión y cizallamiento de las UPP, sin embargo, un alto porcentaje del 66,67% de encuestados no realiza la valoración de los signos de infección de las UPP, y el 53,33% de los encuestados no realizan la limpieza y aplicación del plan de tratamiento adecuadamente. Porque El plan de tratamiento de la úlcera por presión depende de la valoración de la inicial de la lesión.

Los resultados mostrados anteriormente nos proponen un escenario desfavorable en el tratamiento de las UPP, puesto que, teóricamente, Carballo, J., Clemente, W., Martín, C. y López, K. (s/a), manifiestan que las úlceras por presión afectan al nivel de salud y la calidad de vida de los pacientes, reduce su independencia para el autocuidado y son causa de baja autoestima, repercutiendo

negativamente en sus familiares y cuidadores, ya que son el origen de sufrimientos por dolor y reducción de la esperanza de vida pudiendo llegar incluso a ser causa de muerte¹³, y, si no se tienen prácticas apropiadas para el tratamiento, se agravará el sufrimiento que abarcará incluso el ámbito familiar.

Así mismo, Gómez, M. (2014) en su investigación “Guía de manejo dirigida al personal de Enfermería para el cuidado, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión de los pacientes hospitalizados en su domicilio a cargo del personal de la empresa soluciones en Enfermería Clínica Soleec SAS, Chía – Cundinamarca. 2014”, concluye que las úlceras por presión deben ser tratadas de manera oportuna y eficaz con excelentes cuidados de enfermería que incluyen a la familia y el entorno individualizando cada paciente para obtener mejores resultados, por eso es importante crear una guía para el tratamiento y rehabilitación de las UPP para lograr un adecuado plan de cuidados¹⁴.

En relación al objetivo general que es, determinar la relación entre los conocimientos y la práctica de los pacientes con UPP en el servicio de emergencia del Hospital General de Jaén, se presenta el siguiente cuadro.

Cuadro 5

Relación entre el conocimiento y práctica sobre la prevención y cuidado del paciente con UPP en el servicio de emergencia Hospital General Jaén 2015

Práctica	Muy bueno		Bueno		Regular		Malo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Conocimientos										
Muy bueno										
Bueno							6	40	6	40
Regular							6	40	6	40
Malo							3	20	3	20
Total							15	100	15	100

Fuente: Encuesta aplicada a los enfermeros del área de emergencias del HGJ – 2015.

En el presente cuadro podemos observar, que lo que postulamos en nuestra hipótesis la relación entre Los conocimientos y práctica del enfermero sobre la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión en el Servicio de Emergencia son regulares, puesto que el gráfico observamos que el 40% de los enfermeros encuestados presentaron un nivel de conocimientos bueno y regular sobre la prevención y cuidado de los pacientes, dado que falta reforzar sobre la valoración del estadiaje de las UPP que a su vez repercute en la práctica que realiza el enfermero sobre la prevención y el cuidado del paciente con UPP y esto se refleja en el cuadro en donde se observa que el 100% de los enfermeros encuestados su práctica es deficiente.

Existen trabajos de investigación como el de Alepuz L, Benítez J, Casaña J, Clement J, Fornes B, Garcia P, et al. (Valencia – 2012), donde mencionan que los conocimientos que el enfermero debe poseer en relación al cuidado y prevención de las UPP están relacionados con la definición y la caracterización de los estadios de las mismas, principalmente, en este contexto, una úlcera por presión es una lesión localizada en la piel o el tejido subyacente por lo general sobre una prominencia ósea, como resultado de la presión (incluyendo presión en combinación con la cizalla).¹⁶

De igual modo Ayora P, Carrillo M, Donaire M, López E, Romero B, Ruz J, et al. (Córdoba – s.a.) refieren que las prácticas constituyen acciones que el enfermero realiza en el cuidado y prevención de las UPP, entre las que destacan: a) Informar al paciente y/o familia de las situaciones de riesgo que pueden desencadenar una úlcera por presión y de la pertinencia de la valoración del riesgo de padecerlas para prevenir la aparición de úlceras; b) Informar al paciente y/o familia de los aspectos que caracterizan una úlcera por presión y de la pertinencia de la valoración de aquellos para tratar las úlceras; c) Informar, en general, de los conocimientos básicos de estas lesiones y educar en el espectro completo de cuidados para el tratamiento. Las mismas que se detallan en los procedimientos de enfermería en el cuidado de las UPP.¹

La relación entre el conocimiento y la práctica de enfermería en el cuidado y prevención de UPP es complementaria e inseparable, puesto que una proporciona la teoría y la otra la aplica en el campo de acción que se complementan para brindar

un mejor servicio de enfermería, estos resultados son confirmados al aplicar la prueba estadística de correlación de chí cuadrada, cuyos resultados revelan que la chi cuadrada calculada $X^2_c=11,367$ es mayor a la $X^2_t=8,3423$ con un nivel de confianza del 95% y $v/p=9$ por lo tanto existe relación de dependencia entre ambas variables.

CONCLUSIONES

- Del 100% de los enfermeros del servicio de Emergencia del Hospital General de Jaén (HGJ) un 40% poseen conocimiento bueno y regular sobre la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión (UPP), mientras que la práctica realizada es deficiente, debido a que no se realiza una valoración adecuada del paciente con UPP, lo cual no permite identificar problemas, ni realizar intervenciones encaminadas a solucionar o en su defecto minimizar las UPP.
- Se rechaza la hipótesis planteada en cuanto a que “los conocimientos y prácticas que tiene el enfermero sobre la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión son regulares”.
- En relación a la valoración del paciente encontramos que los enfermeros del servicio de emergencia del HGJ, solo un 40% poseen conocimientos, sobre la valoración, mientras que en la práctica, solo un 33.3% valora adecuadamente los signos de infección de las UPP.
- No se registran los resultados de la valoración del paciente con UPP en la hoja de registro de UPP puesto que el servicio no cuenta con el formato correspondiente.
- Los enfermeros del servicio de emergencia del HGJ, en un 46.7 % no realiza adecuadamente técnicas de posición así como la limpieza y aplicación del tratamiento de las UPP, debido a que desconocen los procedimientos necesarios que dependen de la valoración inicial de la lesión.

RECOMENDACIONES

- Al jefe del servicio de emergencia del Hospital General de Jaén recomendamos implementar un protocolo de prevención, manejo y tratamiento de las UPP de modo que les sirva como guía para el cuidado del paciente con UPP.
- Al personal de Enfermería que labora en el servicio de emergencia: Considerar en su plan de trabajo protocolos de movilización del paciente con UPP.
- Se recomienda al jefe servicio de Emergencia del Hospital General Jaén difundir los resultados de esta investigación a los enfermeros del área de emergencias del Hospital General de Jaén, para que sirva como referencia y los motive a proponer cambios en mejora del cuidado de los pacientes con UPP.
- Al personal de enfermería del servicio de emergencias del Hospital General de Jaén sugerimos implementar un registro para la valoración y registro de resultados de pacientes con UPP.
- Realizar con el equipo de Emergencia un diseño de un programa de educación continua sobre el cuidado de las UPP, dirigido a las enfermeras del Hospital General de Jaén.

BIBLIOGRAFIA

1. Ayora P, Carrillo M, Donaire M, López E, Romero B, Ruz J, et al. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. 1ª Edición. Córdova. Vistalegre. (s.a.), 46p. Disponible en:

http://www.infogerontologia.com/documents/pgi/descarga_protocolos/ulceras_presion.pdf
2. Restrepo J, Escobar C, Cadavid L, Muñoz V. Propuesta de atención al paciente con úlceras por presión (UPP) a través del proceso de atención de enfermería (PAE). Medicina UPB. Enero-Junio 2013. Vol. 32, núm. 1. 68-78pp. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=159029099008>
3. Gallo Karla, Pachas Carol. Riesgos a úlceras por presión según Escala Norton en una población de ancianos de un servicio domiciliario de Lima. Revista Herediana. 2008. Vol. 1, núm. 1. 26-32pp. Disponible en:

<http://www.upch.edu.pe/faenf/images/pdf/Revistas/2008/enero/v1n1ao4.pdf>
4. Tamayo M. El Proceso de la Investigación Científica. 4ª Edición. México. Limusa Noriega Editores. 1998. Disponible en:

<http://es.slideshare.net/sarathrusta/el-proceso-de-investigacion-cientificamario-tamayo-y-tamayo1>

5. Díaz V. Diseño y elaboración de cuestionarios para la investigación comercial. 1ª Edición. España. Esic Editorial. 2001. 135pp. Disponible en:

<https://books.google.com.pe/books?id=kER9q4koSnYC&printsec=frontcover&dq=dise%C3%B1o+y+elaboracion+de+cuestionarios&hl=es&sa=X&ved=0CBoQ6AEwAGo>
6. Hernández R, Fernández P. Metodología de la investigación. 3ª Edición. McGraw-Hill Interamericana. México 2003. Disponible en:

<http://www.terras.edu.ar/aula/tecnicatura/15/biblio/SAMPIERI-HERNANDEZ-R-Cap-1-El-proceso-de-investigacion.pdf>
7. Ponce S. Responsabilidad y conocimientos de enfermería en el cuidado del paciente con úlceras por presión, Mendoza. 2009. 75pp. Disponible en:

http://bibliotecadigital.uda.edu.ar/objetos_digitales/118/tesis-3757-responsabilidad.pdf
8. Muñoz I. Propuesta de un sistema algorítmico en la prevención y tratamiento de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la unidad clínica de medicina del hospital “Santos Aníbal Dominicci” Carúpano 2005. 94pp. Disponible en:

<http://saber.ucv.ve/123456789/1311>
9. Comunidad Madrid. Protocolos de cuidados: úlceras por presión. 1ª Edición. Madrid. Salud Madrid. (s.a.). 12pp. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1202756185545&ssbinary=true>

10. Carrillo M. Aplicación de protocolo de atención para pacientes con riesgo de úlceras por presión, servicio de medicina interna, Hospital Base Osorno, octubre - diciembre 2004, Valdivia – Chile. 2004. 128pp. Disponible en:

https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwjWxeLrqenNAhWEXR4KHU-eB_IQFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fcybertesis.uach.cl%2Ftesis%2Fuach%2F2004%2Ffmc317a%2Fdoc%2Ffmc317a.pdf&usg=AFQjCNFuMrhfBF3YaShwIM1HKPte51TX7A&bvm=bv.126130881,d.dmo

11. Tierradentro T. Guía de cuidados de enfermería para la prevención y tratamiento de úlceras por presión en pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Occidente de Kennedy, Bogotá. 2011. 95pp. Disponible en:

<https://www.google.com.pe/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwiA142OqunNAhUGFx4KHSG2AU4QFggaMAA&url=http%3A%2F%2Fintellecctum.unisabana.edu.co%2Fbitstream%2Fhandle%2F10818%2F3266%2FTERESA%2520TIERRADENTRO%2520HORTUA.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AFQjCNGOZho4VfXKqXIUN35XKikrvChZEw&bvm=bv.126130881,d.dmo>

12. Ourcilleón A, Barrientos C, Urbina L, Pérez C. Úlceras por presión en pacientes de Unidades de Cuidados Intensivos: ¿Cómo medir su riesgo? Enfermería Intensiva. 2004. Vol. 19, núm. 2. 91-98pp. Disponible en:

<http://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2004-2/8.pdf>
13. Carballo J, Clemente W, Martín C, López K. Protocolo de prevención y tratamiento de las úlceras por presión en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General HHUUV. (s.a.). 28pp. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4175740.pdf>
14. Gómez M. Guía de manejo dirigida al personal de Enfermería para el cuidado, tratamiento y rehabilitación de las úlceras por presión de los pacientes hospitalizados en su domicilio a cargo del personal de la empresa soluciones en Enfermería Clínica Soleec SAS, Chía – Cundinamarca. 2014. 79pp. Disponible en:

[http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/10722/M%C3%B3nica%20Susana%20G%C3%B3mez%20Pe%C3%B1a\(TESIS\).pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/10722/M%C3%B3nica%20Susana%20G%C3%B3mez%20Pe%C3%B1a(TESIS).pdf?sequence=1&isAllowed=y)
15. Popper K. Desarrollo del Conocimiento Científico, Conjeturas y refutaciones, Buenos aires Paidós 1967 pag 10.

<http://www.olimon.org/uan/popper-conjeturas-y-refutaciones.pdf>

16. Alepuz L, Benítez J, Casaña J, Clement J, Fornes B, Garcia P, et al. Guía de práctica clínica para el cuidado de personas con úlceras por presión o riesgo de padecerlas. 1ª Edición. Valencia. Generaliat Valenciana. 2012. 271pp. Disponible en:
http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_520_Ulceras_por_presion_compl.pdf

17. Armas K. Conocimientos que tienen los familiares sobre la prevención de úlceras por presión en pacientes con permanencia prolongada en cama en el Servicio de Medicina del HNDAC– 2006, Lima – Perú. 2008. 98pp. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/489/1/Armas_rk.pdf

18. Banda A. Protocolos de atención de enfermería para la prevención de úlceras por presión (UPP) en pacientes politraumatizados de 1 mes a 16 años de edad en el área de terapia intensiva del hospital “Dr. Roberto Gilbert Elizalde”, año 2010, Guayaquil. 2010. 96pp. Disponible en:

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/9116/1/TESIS%20FINAL%20LI NDA-AZUCENA.pdf>

19. Dorothea Orem. (2012). El Cuidado. Disponible en
<http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/dorothea-orem.html...>

(05 Mayo 2014).

ANEXOS



(ANEXO N°1)
CONSENTIMIENTO INFORMADO



Yo:, **ACEPTO** participar en la investigación
“**Conocimientos y prácticas del enfermero sobre la prevención y cuidado del paciente con Ulceras por presión en el servicio de Emergencia. Hospital General Jaén – 2015**”, a realizarse por la Lic. Enf. Avellaneda Guerrero Esli Edith, Lic. Enf. Curillo Ccanto Carmen y Lic. Enf. Sánchez Quintos Lucia, estudiantes de la segunda especialidad del “área del cuidado de enfermería: Especialista en Cuidados Intensivos - Adulto” de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Lambayeque,

ACEPTO participar de la entrevista elaborada por los investigadores. Asumo que la información proporcionada será solamente de conocimiento de los investigadores, quienes garantizan el secreto y respeto a mi privacidad.

Soy consciente que el informe de la investigación será publicado no debiendo ser mencionado mi nombre, teniendo libertad que en cualquier momento deje de participar del estudio sin que esto genere algún perjuicio y/o gasto.

Lambayeque,del 2016.

Firma del Investigador

Firma del Participante

ANEXO 2



FACULTAD DE ENFERMERÍA

SECCIÓN DE POSTGRADO



Segunda Especialidad:

“Enfermería en Cuidados intensivos - adulto”

**CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL
ENFERMERO SOBRE LA PREVENCIÓN Y CUIDADO DEL PACIENTE
CON ULCERAS POR PRESIÓN EN EL SERVICIO DE EMERGENCIA -
HOSPITAL GENERAL DE JAEN.**

Estimada(o) colega el siguiente cuestionario tiene como objetivo recabar información en cuanto a la prevención y manejo de úlceras por presión.

Este cuestionario es anónimo. Gracias por tu colaboración.

Marque con un aspa la alternativa correcta:

1. ¿Una úlcera por presión es?

- a) Lesión.
- b) Abrasión.
- c) Excoriación.

2. ¿Los grados de las úlceras por presión son?

- a) Grado I, II, III y IV
- b) Grado I y II
- c) Grado I, II y III

3. ¿Las características del estadio I son?

- a) Pérdida total del grosor de la piel.
- b) Pérdida parcial del grosor de la piel.
- c) Alteración de la piel manifestada en un eritema cutáneo, sensación de dolor y escozor.

4. ¿Las características del estadio II son?

- a) Temperatura de la piel.
- b) Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión.
- c) Edema, induración de la piel.

5. ¿Las características del estadio III son?

- a) Pérdida parcial del grosor de la piel.
- b) Dolor y escozor.

- c) Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo.

6. ¿Las características del estadio IV son?

- a) Necrosis del tejido o lesión en musculo y hueso.
- b) Eritema cutáneo.
- c) Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión.

7. ¿La valoración del riesgo a presentar ulcera por presión debe ser?

- a) A todos los pacientes.
- b) Solo a pacientes adultos mayores.
- c) Solo a pacientes con pérdida de sensibilidad o movilidad de cualquier origen.

8. ¿Valora usted el estado de la persona antes de considerar que no presenta riesgo de aparición de úlceras?

- a) Sí.
- b) A veces.
- c) Nunca.

9. ¿En caso de que se presentaran cambios en el estado general del paciente, o tratamiento, realiza usted una nueva valoración?

- a) Sí.
- b) A veces.
- c) Nunca.

10. ¿Al realizar diariamente el cuidado de la piel, cómo cree usted que debe mantenerla?

- a) Húmeda.
- b) Reseca.
- c) Limpia y seca.

11. ¿De qué manera protege usted las zonas expuestas al exceso de humedad?

- a) Con protector solar.
- b) Con productos de barrera.
- c) Con cojines.

12. ¿De qué manera mejora usted la movilidad y actividad del paciente?

- a) Indicando que el familiar lo realice.

b) Proporcionando dispositivos de ayuda necesarios.

c) Utilizando de tablas.

13. ¿Cada cuánto tiempo programa usted los cambios posturales al paciente?

a) Cada 4 horas.

b) Cada 2 horas.

c) Cuando tengo tiempo.

14. ¿Qué haría usted en caso que se presente iatrogenias por cuidados de enfermería o tratamiento médico?

a) Reportar de inmediato.

b) Guardar silencio.

c) Cambiar de tratamiento.

15. ¿Con respecto al tratamiento, realiza usted la valoración del paciente y registra los resultados en la hoja de registros de UPP?

a) Sí.

b) Algunas veces.

c) Nunca.

16. ¿Utiliza usted técnicas de posición adecuadas, manteniendo la zona afectada seca?

- a) Sí.
- b) A veces.
- c) Nunca.

17. ¿Limpia las lesiones adecuadamente y aplica el plan de tratamiento de las UPP de acuerdo con la valoración de la misma?

- a) Sí.
- b) A veces.
- c) Nunca.

18. ¿Qué haría usted ante la presencia de signos de infección local?

- a) Administrar tratamiento indicado.
- b) Intensificar la limpieza y desbridamiento.
- c) Realizar curación con antisépticos locales.

Gracias por su colaboración.



UNIVERSIDAD NACIONAL

“PEDRO RUZ GALLO”



***FACULTAD DE ENFERMERÍA UNIDAD DE
POSGRADO***

Segunda Especialidad:

**“ÁREA DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA: ESPECIALISTA
EN CUIDADOS INTENSIVOS - ADULTO”**

LISTA DE COTEJO

La presente es una lista de verificación de las acciones realizadas por el profesional de enfermería, cuyo objetivo es servir de guía para la recolección de datos sobre la prevención y cuidado del paciente con úlceras por presión que aplican. Por ello, marque en el recuadro con un aspa (x)

CRITERIOS		SI	NO
1	Utiliza la escala NOVA 5 para evaluar el estado mental del paciente.		
2	Utiliza la escala NOVA 5 para evaluar la incontinencia del paciente.		
3	Utiliza la escala NOVA 5 para evaluar la movilidad del paciente.		

4	Utiliza la escala NOVA 5 para evaluar la nutrición e ingesta del paciente.		
5	Utiliza la escala NOVA 5 para evaluar el grado de autonomía en la actividad del paciente.		
6	Utiliza la escala de Glasgow para evaluar la comunicación del paciente.		
7	Orienta al familiar y/o paciente para asumir el cuidado.		
8	Cuenta con la hoja de registro de valoración del riesgo de presentar U.P.P		
9	Realiza la higiene diaria del paciente, con agua y jabón neutro.		
10	Utiliza almohadillas, cojines, colchonetas para aliviar la presión y el rozamiento.		
11	Cuenta con hoja de monitoreo de balance hidroelectrónico, registra la valoración de signos de deshidratación.		
12	Registra los cambios del proceso de las UPP todos los días.		
13	Realiza cambios de postura cada 2 horas al paciente postrado		
14	Utiliza talco, chuño, maicena para mantener la piel seca.		
15	Realiza la limpieza y desbridamiento ante la presencia de infección local.		